

Por favor, marque el cuadro junto a su respuesta o siga las instrucciones que se incluyen en la pregunta. Como no todas las preguntas corresponden a todas las personas, es posible que se le pida saltar ciertas preguntas.

ANTES DEL EMBARAZO

Las primeras preguntas son acerca de *usted*.

1. ¿Cuánto mide *usted* de alto sin zapatos?

Pies Y Pulgadas
O Centímetros

2. *Justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuánto pesaba usted?

Libras O Kilos

3. ¿En qué fecha nació *usted*?

/ /
Mes Día Año

4. *Antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿dio a luz a otros bebés que nacieron vivos?

No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 7**

5. El bebé que tuvo *justo antes* de tener a su nuevo bebé, ¿pesó 5 libras 8 onzas (2.5 kilos) o *menos* cuando nació?

No
 Sí

6. ¿El bebé que tuvo *justo antes* de su nuevo bebé nació *más* de 3 semanas antes de la fecha esperada para el parto?

No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo *antes* de que quedara embarazada de su *nuevo* bebé.

7. En cualquier momento durante los 12 meses *antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿hizo usted algo de lo que aparece en la lista a continuación? Para cada una, marque **No**, si usted no lo hizo o **Sí**, si lo hizo.

No Sí

- a. Yo estaba a dieta (cambiando mis hábitos alimenticios) para bajar de peso
- b. Hacía ejercicio 3 días o más a la semana
- c. Estaba tomando regularmente medicinas recetadas además de anticonceptivos
- d. Fui con un profesional de salud y me chequearon para la diabetes
- e. Fui con un profesional de salud y me chequearon para la presión alta...
- f. Fui con un profesional de salud y me chequearon para la depresión o ansiedad
- g. Hablé con un profesional de salud sobre mi historia médica familiar
- h. Fui a hacerme una limpieza dental con un dentista o higienista dental

8. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿qué tipo de seguro médico tenía usted?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid (Title 19) o IowaCare
- hawk-i
- Iowa Family Planning Network (IFPN)
- CHAMPUS/TRICARE
- Servicio de Salud Indio
- Algún otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:
- No tenía ningún seguro médico durante el *mes antes* de quedar embarazada

9. Durante el *mes antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cuántas veces a la semana tomaba una multivitamina, una vitamina prenatal o una vitamina con ácido fólico?

- Yo no tomé ninguna multivitamina, vitamina prenatal o vitamina con ácido fólico en el *mes antes* de mi embarazo
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días de la semana

10. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud habló con usted acerca de cómo mejorar su salud antes de un embarazo?

- No
- Sí

11. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tuvo alguna de las siguientes condiciones médicas?

Para cada una, marque No, si no tuvo la condición, o Sí, si la tuvo.

No Sí

- a. Diabetes tipo 1 o tipo 2 (NO es lo mismo que la diabetes gestacional o la diabetes que empieza durante el embarazo).....
- b. Presión sanguínea alta o hipertensión...
- c. Depresión.....

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo cuando quedó embarazada de su nuevo bebé.

12. Piense en el tiempo *justo antes* de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿cómo se sentía ante la posibilidad de quedar embarazada?

Marque UNA respuesta

- No quería quedar embarazada en ese momento, sino después
- Hubiera querido quedar embarazada más pronto
- Quería quedar embarazada en ese momento
- No quería quedar embarazada ni en ese momento ni nunca
- No estaba segura de que quería

Pase a la Pregunta 14

13. ¿Cuánto tiempo quería esperar para quedar embarazada?

- Menos de 1 año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- De 3 años a 5 años
- Más de 5 años

14. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba tratando de quedar embarazada?

- No
- Sí →

Pase a la Página 4, Pregunta 17

15. Cuando quedó embarazada de su nuevo bebé, ¿estaba usted o su esposo o pareja haciendo algo para evitar el embarazo?

Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
- Sí →

Pase a la Página 4, Pregunta 17

Pase a la Pregunta 16

16. ¿Cuáles eran las razones por las que usted o su esposo o pareja no estaba haciendo algo para evitar el embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- No me preocupaba si quedaba embarazada
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento
- El método anticonceptivo que estaba usando me producía efectos secundarios
- Tenía dificultades para obtener anticonceptivos cuando los necesitaba
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo era estéril (que era imposible quedar embarazada)
- Mi esposo o pareja no quería usar ningún método anticonceptivo
- Se me olvidó usar algún método anticonceptivo
- Otra _____ → Por favor, escríbala:

DURANTE EL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del cuidado prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. El cuidado prenatal incluye las consultas con un doctor, enfermera u otro profesional de salud antes de que su bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo.

(Para contestar estas preguntas, podría serle útil ver el calendario.)

17. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando fue a su primera consulta de cuidado prenatal? No cuente las visitas que hayan sido sólo para que le hicieran la prueba de embarazo o sólo en relación con WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños).

{ _____ Semanas O _____ Meses

No recibí cuidado prenatal →

Pase a la Pregunta 21

Pase a la Pregunta 18

18. Durante su embarazo *más reciente*, ¿qué tipo de *seguro médico* tenía usted para pagar su *cuidado prenatal*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid (Title 19)
- hawk-i
- OB Indigent Program
- CHAMPUS/TRICARE
- Servicio de Salud Indio
- Algún otro tipo de seguro médico → Por favor, escríbalo:

- No tenía ningún seguro médico para pagar por mi *cuidado prenatal*

19. Durante cualquiera de sus consultas de cuidado prenatal, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de alguno de los temas que aparecen en la siguiente lista? Por favor sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque **No, si nadie le habló sobre el tema, o **Sí**, si alguien le habló sobre el tema.**

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cuánto peso debería aumentar durante mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cómo el fumar durante el embarazo podría afectar a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Darle pecho a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cómo el tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mi bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Las medicinas que son seguras para tomar durante mi embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cómo el usar drogas ilegales podría afectar a mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Hacerse exámenes para detectar defectos de nacimiento o enfermedades que hayan en mi familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Los signos y síntomas de un parto prematuro (parto que comienza más de 3 semanas antes de la fecha esperada) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Hacerse una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Qué hacer si me siento deprimida durante el embarazo o después de que nazca mi bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Durante su embarazo *más reciente*, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló sobre alguno de los temas que aparecen en la lista siguiente? Por favor, sólo cuente las conversaciones y no el material de lectura ni videos. Para cada tema, marque **No, si nadie le habló del tema, o **Sí**, si alguien le habló del tema.**

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Alimentación saludable durante el embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ejercicio durante el embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Programas o recursos para ayudarme a aumentar de peso en forma adecuada durante el embarazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Programas o recursos para ayudarme a bajar de peso después del embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. En cualquier momento durante su embarazo *más reciente* o parto, ¿le hicieron una prueba para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- No
 Sí
 No sé

22. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le *ofreció* ponerle la vacuna contra la influenza o le *aconsejó* que se la pusiera?

- No
 Sí

23. Durante los 12 meses *antes del nacimiento* de su nuevo bebé, ¿recibió la vacuna contra la influenza?

Marque UNA respuesta

No → Pase a la Pregunta 25

Sí, antes del embarazo

Sí, durante el embarazo

24. ¿En qué mes y año recibió la vacuna contra la influenza?

____ / ____ 20____

Mes Año

No me acuerdo

25. Esta pregunta es sobre el cuidado de sus dientes *durante su embarazo más reciente*.

Para cada una, marque **No**, si no es verdad o no tiene relación con usted, o **Sí**, si es verdad.

No Sí

- a. Sabía que era importante cuidar de mis dientes y encías durante mi embarazo.....
- b. Un trabajador dental u otro tipo de personal médico conversó conmigo acerca de cómo cuidar de mis dientes y encías.....
- c. Me hice una limpieza dental con un dentista o un higienista dental.....
- d. Tenía seguro para pagar el cuidado dental durante mi embarazo.....
- e. Necesité consultar a un dentista por un **problema**.....
- f. Fui a un dentista o a una clínica dental debido a un **problema**.....

26. Durante su embarazo *más reciente*, ¿asistió a clases de preparación para el parto y sobre lo que se puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento?

No

Sí

27. Durante su embarazo *más reciente*, ¿la visitó en su hogar una trabajadora de salud para ayudarle a preparar para su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las mujeres embarazadas.

No

Sí

28. Durante su embarazo *más reciente*, ¿recibía beneficios de WIC (siglas en inglés del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)?

No

Sí

29. Durante su embarazo *más reciente*, ¿le dijo un doctor, enfermera u otro profesional de salud que usted tenía diabetes gestacional o diabetes del embarazo (diabetes que comenzó durante *este* embarazo)?

No

Sí

30. Durante su embarazo *más reciente*, ¿trató su doctor, enfermera u otro profesional de salud de evitar el nacimiento prematuro de su nuevo bebé por medio de una serie de inyecciones semanales de un medicamento llamado Progesterona, Makena® o 17P (17 alfa-hidroxiprogesterona)?

- No
 Sí
 No sé

Las siguientes preguntas son acerca del fumar cigarrillos antes, durante y después del embarazo.

31. ¿Ha fumado algún cigarrillo en los *últimos 2 años*?

- No → **Pase a la Pregunta 35**
 Sí

32. En los *3 meses antes* de quedar embarazada, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

33. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumaba en ese entonces

34. ¿Cuántos cigarrillos fuma *ahora* en un día normal? Una cajetilla tiene 20 cigarrillos.

- 41 cigarrillos o más
 De 21 a 40 cigarrillos
 De 11 a 20 cigarrillos
 De 6 a 10 cigarrillos
 De 1 a 5 cigarrillos
 Menos de 1 cigarrillo
 No fumo ahora

Las siguientes preguntas son acerca del tomar alcohol antes y durante el embarazo.

35. En los *últimos 2 años*, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica? Una bebida es una copa de vino, un refresco con vino [*wine cooler*], una lata o botella de cerveza, un trago de licor o un cóctel con alcohol.

- No → **Pase a la Página 8, Pregunta 38**
 Sí

Pase a la Página 8, Pregunta 36

36. En los 3 meses *antes* de quedar embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 14 ó más bebidas a la semana
 De 7 a 13 bebidas a la semana
 De 4 a 6 bebidas a la semana
 De 1 a 3 bebidas a la semana
 Menos de 1 bebida a la semana
 No tomaba en ese entonces

37. En los *últimos 3 meses* de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba en una semana normal?

- 14 ó más bebidas a la semana
 De 7 a 13 bebidas a la semana
 De 4 a 6 bebidas a la semana
 De 1 a 3 bebidas a la semana
 Menos de 1 bebida a la semana
 No tomaba en ese entonces

El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las siguientes preguntas son acerca de cosas que pudieron haber sucedido *antes* y *durante* su embarazo más reciente.

38. Esta pregunta trata sobre cosas que pudieron haber sucedido durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé. Para cada una, marque No, si no le sucedió, o Sí, si le sucedió. (Podría serle útil ver el calendario para contestar estas preguntas.)

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Me mudé a otra dirección | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No tenía en donde vivir o me quedé a dormir en la calle, en un automóvil o en un refugio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi esposo o pareja perdió su trabajo .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cortaron las horas o el salario de mi trabajo o del trabajo de mi esposo o pareja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. No vivía con mi esposo o pareja por causa del traslado militar o viajes largos del trabajo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Peleaba [discutía] con mi esposo o pareja más de lo normal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Tenía problemas para pagar la renta, la hipoteca u otras cuentas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Mi esposo, pareja o yo estuvimos en la cárcel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema con alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Murió alguien muy cercano a mí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

39. Durante los 12 meses antes del nacimiento de su nuevo bebé, ¿se sintió afectada emocionalmente (por ejemplo se sintió enojada, triste o frustrada) por la forma en que la trataron *según su raza*?

- No
 Sí

40. En los 12 meses antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

41. Durante su embarazo *más reciente*, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, trató de estrangularla o la lastimó físicamente de cualquier otra forma?

- No
 Sí

Las siguientes preguntas son acerca del parto y del nacimiento de su bebé.

42. ¿En qué fecha nació su nuevo bebé?

/ / 20
 Mes Día Año

43. ¿Un doctor, enfermera u otro profesional de salud trató de inducir su parto (comenzar contracciones mediante el suministro de medicamentos)?

- No
 Sí
 No sé

44. ¿En qué forma dio a luz a su nuevo bebé?

- Parto vaginal → **Pase a la Página 10, Pregunta 46**
 Parto por cesárea (c-section)

45. ¿Cuál fue la razón por la que su nuevo bebé nació por cesárea (c-section)?

Marque TODAS las que correspondan

- Había tenido anteriormente un parto por cesárea (c-section)
 Mi bebé estaba en una posición mala (como cabeza arriba)
 Se había pasado la fecha esperada del parto
 A mi proveedor le preocupaba que mi bebé fuera demasiado grande
 El parto era peligroso para mí debido a un problema médico (como condiciones cardíacas, incapacidad física)
 Tuve una complicación del embarazo (como preeclampsia, problemas con la placenta, infección, parto prematuro)
 Mi proveedor trató de inducir mi parto, pero no funcionó
 El parto estaba tomando demasiado tiempo
 El monitor fetal demostró que mi bebé estaba teniendo problemas antes o durante el parto (sufrimiento fetal)
 Deseaba programar el parto
 No quería dar a luz a mi bebé en forma vaginal
 Otra → Por favor, escríbala:

46. Al final de su embarazo *más reciente*, ¿cuánto peso había aumentado?

Marque UNA respuesta y escriba sobre la línea si sea necesario

- Aumenté _____ libras
- No aumenté peso, pero bajé _____ libras
- Mi peso no cambió durante mi embarazo
- No sé

DESPUÉS DEL EMBARAZO

Las siguientes preguntas son acerca del tiempo desde que nació su nuevo bebé.

47. Después de que nació su bebé, ¿estuvo él o ella en una unidad de cuidado intensivo (NICU)?

- No
- Sí
- No sé

48. Después de que nació su bebé, ¿cuánto tiempo se quedó él o ella en el hospital?

- Menos de 24 horas (menos de 1 día)
- De 24 a 48 horas (1 a 2 días)
- De 3 a 5 días
- De 6 a 14 días
- Más de 14 días
- Mi bebé no nació en un hospital
- Mi bebé todavía está en el hospital → **Pase a la Pregunta 51**

49. ¿Su bebé está vivo?

- No → *Lamentamos mucho su pérdida.*
- Sí → **Pase a la Página 12, Pregunta 60**

Pase a la Pregunta 50

50. En estos momentos, ¿vive con usted su bebé?

- No → **Pase a la Página 12, Pregunta 59**
- Sí

51. ¿Alguna vez le dio pecho a su nuevo bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho, aunque fuera por poco tiempo?

- No → **Pase a la Pregunta 53**
- Sí

52. ¿Cuáles fueron sus razones para no darle pecho a su nuevo bebé?

Marque TODAS las que correspondan

- Yo estaba enferma o estaba tomando medicamentos
- Tenía otros niños que cuidar
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- No me gustó dar pecho
- Traté pero era demasiado difícil
- No quería dar pecho
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Otra → Por favor, escríbala:

Si no dio pecho a su nuevo bebé, pase a la Pregunta 56.

53. ¿Todavía le está dando pecho a su nuevo bebé o alimentándolo con leche extraída de su pecho?

- No
- Sí → **Pase a la Pregunta 56**

Pase a la Pregunta 54

54. ¿Por cuántas semanas o meses le dio pecho a su bebé o lo alimentó con leche extraída de su pecho?

Semanas O Meses

Menos de 1 semana

55. ¿Cuáles fueron sus razones por las que dejó de dar pecho?

Marque TODAS las que correspondan

- Mi bebé tenía problemas para prenderse al pecho o para mamar
- La leche materna, por sí sola, no satisfacía a mi bebé
- Pensé que mi bebé no estaba subiendo de peso lo suficiente
- Mis pezones estaban adoloridos, agrietados o me sangraban
- Era demasiado difícil, doloroso o me tomaba demasiado tiempo
- Pensé que no estaba produciendo suficiente leche o se me había acabado la leche
- Tenía demasiadas tareas domésticas
- Consideré que era el momento oportuno para dejar de dar pecho
- Me enfermé o yo tuve que dejar de dar pecho por razones médicas
- Regresé al trabajo o a la escuela
- Mi bebé tenía bilirrubina/ictericia (color amarillo en la piel o en la parte blanca de los ojos)
- Otra → Por favor, escríbala:

56. ¿Alguna vez ha oído o leído qué puede pasar si se sacude a un bebé?

- No
- Sí

Si su bebé todavía está en el hospital, pase a la Página 12, Pregunta 59.

57. Actualmente, ¿en *cuál* posición acuesta usted a su bebé la mayoría del tiempo para que duerma?

Marque UNA respuesta

- De lado
- Boca arriba
- Boca abajo

58. La lista a continuación incluye algunas descripciones sobre como duerme su nuevo bebé *usualmente*. Para cada una, marque **No**, si no corresponde a su bebé normalmente, o **Sí**, si corresponde a su bebé normalmente.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Mi nuevo bebé duerme en una cuna o una cuna portátil..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mi nuevo bebé duerme en un colchón firme o duro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Mi nuevo bebé duerme con almohadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi nuevo bebé duerme con protectores laterales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi nuevo bebé duerme con cobertores gruesos o de felpa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi nuevo bebé duerme con juguetes de peluche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mi nuevo bebé duerme con almohadas especiales para controlar la postura (infant positioner)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Mi nuevo bebé duerme conmigo o con otra persona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

59. Desde que nació su nuevo bebé, ¿la ha visitado en su hogar una trabajadora de salud para ayudarla a aprender a cuidarse y a cuidar a su nuevo bebé? Una trabajadora de salud puede ser una enfermera, profesional de salud, promotora, trabajadora social u otra persona que trabaja con un programa que ayuda a las madres de bebés recién nacidos.

- No
 Sí

60. ¿Está usted o su esposo o pareja haciendo algo *actualmente* para evitar un embarazo? Algunas de las cosas que hacen las personas para evitar quedar embarazadas son tomar píldoras anticonceptivas, usar condones, el hombre se retira o seguir el método natural de planificación familiar.

- No
 Sí

Pase a la Pregunta 62

Pase a la Pregunta 61

61. ¿Cuáles son las razones por las que usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para evitar un embarazo *actualmente*?

Marque **TODAS** las que correspondan

- No estoy teniendo relaciones sexuales
 Quiero quedar embarazada
 No quiero usar ningún método anticonceptivo
 Me preocupan los efectos secundarios de los anticonceptivos
 Mi esposo o pareja no quiere usar ningún método anticonceptivo
 Tengo problemas para conseguir anticonceptivos cuando los necesito
 Me operé para ligarme o bloquearme las trompas de Falopio
 Mi esposo o pareja tuvo una vasectomía
 Estoy embarazada ahora
 Otra → Por favor, escríbala:

Si usted o su esposo o pareja no está haciendo algo para prevenir un embarazo *ahora*, pase a la Pregunta 63.

62. ¿Qué clase de anticonceptivo está usando usted o su esposo o pareja *ahora* para evitar un embarazo?

Marque TODAS las que correspondan

- Ligadura o bloqueo de las trompas de Falopio (esterilización femenina, Essure®, Adiana®)
- Vasectomía (esterilización masculina)
- Píldora anticonceptiva
- Condomes
- Inyección (Depo-Provera®)
- Un implante anticonceptivo (Implanon®)
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®) o Anillo vaginal (NuvaRing®)
- IUD (dispositivo intrauterino incluyendo Mirena® o ParaGard®)
- Método de planificación familiar natural (incluyendo el ritmo)
- El hombre se retira (Coitus interruptus)
- No tener relaciones sexuales (abstinencia)
- Otro —————> Por favor, escríbalo:

63. Desde que nació su nuevo bebé, ¿se ha hecho usted un chequeo posparto? Un chequeo posparto es un chequeo regular que se les hace a las mujeres aproximadamente 4–6 semanas después de dar a luz.

- No
- Si

64. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

65. Desde que nació su nuevo bebé, ¿con qué frecuencia ha estado menos interesada en cosas o ha disfrutado menos al hacer cosas?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

66. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted *ahora*?

Marque TODAS las que correspondan

- Seguro médico privado de mi trabajo o del trabajo de mi esposo, pareja o padres
- Seguro médico privado comprado directamente de una compañía de seguros
- Medicaid (Title 19) o IowaCare
- hawk-i
- Iowa Family Planning Network (IFPN)
- CHAMPUS/TRICARE
- Servicio de Salud Indio
- Algún otro tipo de seguro médico —————> Por favor, escríbalo:

- No tengo ningún seguro médico *ahora*

OTRAS EXPERIENCIAS

Las siguientes preguntas son acerca de una variedad de temas.

67. Antes de quedar embarazada de su nuevo bebé, ¿alguna vez su esposo o pareja trató de evitar que usted usara un método anticonceptivo cuando usted no deseaba quedar embarazada? Por ejemplo, ¿le escondió los anticonceptivos, los tiró o hizo algo para que no los utilizara?

- No
 Sí

68. Durante alguno de los períodos de tiempo que aparecen en la lista a continuación, ¿su esposo o pareja la amenazó, limitó sus actividades contra su voluntad, o la hizo sentir que estaba en peligro de alguna otra manera? Para cada de los períodos de tiempo, marque No, si no le sucedió en ese tiempo, o Sí, si le sucedió.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Durante los 12 meses antes de mi embarazo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Durante mi embarazo más reciente.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Desde el nacimiento de mi nuevo bebé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si usted no fumaba durante los 3 meses antes de quedar embarazada, pase a la Pregunta 70.

69. A continuación aparece una lista con algunas cosas acerca de dejar de fumar.
 Para cada una, marque **No**, si no hizo eso durante su embarazo más reciente, o **Sí**, si lo hizo.

Durante su embarazo más reciente, usted—

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Fijó una fecha específica para dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Usó folletos, videos u otros materiales informativos para ayudarle a dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Llamó a una línea de ayuda telefónica nacional o estatal o fue a un sitio en Internet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Asistió a una clase o programa para dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Fue a sesiones de consejería para ayudarle a dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Utilizó un parche de nicotina, goma de mascar, pastillas que se chupan, “nasal spray” o un inhalador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tomó una pastilla como Zyban® (también se conoce como Wellbutrin® o Bupropion®) o Chantix® (también se conoce como Varenicline) para dejar de fumar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Trató de dejar de fumar por su cuenta (por ejemplo, total y repentinamente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Otra cosa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Por favor, escríbala: _____ →

70. Durante su embarazo *más reciente*, ¿hubiera recibido los siguientes tipos de ayuda si los hubiera necesitado? Para cada uno, marque **No**, si no la hubiera recibido, o **Sí**, si la hubiera recibido.

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Alguien que me prestara \$50..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Alguien que me ayudara si estuviera enferma y necesitara quedarme en cama..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Alguien que me llevara a la clínica o al consultorio médico si necesitara transporte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

71. En algún momento durante su embarazo *más reciente* o después del parto, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le habló acerca de “la melancolía posparto” (conocida en inglés como “baby blues”) o la depresión posparto?

- No
 Sí

72. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de salud le dijo que tenía depresión?

- No
 Sí

→ **Pase a la Pregunta 75**

73. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tomado un medicamento recetado para su depresión?

- No
 Sí

74. Desde el nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha recibido consejería para su depresión?

- No
 Sí

Si su bebé no está vivo o no vive con usted, pase a la Página 16, Pregunta 76.

75. A continuación aparecen algunas declaraciones sobre la seguridad. Para cada una, marque **No**, si no le corresponde a su situación, o **Sí**, si le corresponde.

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Siempre usé el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo más reciente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. En mi casa hay un detector de humo que funciona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. En mi casa hay pistolas, rifles u otras armas de fuego cargadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. He recibido información sobre productos infantiles que se deben retirar del mercado desde que nació mi nuevo bebé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Las últimas preguntas son acerca del tiempo durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé.

76. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuál era el ingreso total, al año, de su hogar antes de impuestos?

Incluya sus ingresos, los de su esposo o pareja y todo otro ingreso que haya usado.
Toda la información será confidencial y no afectará ninguno de los servicios que está recibiendo.

- De \$0 a \$15,000
- De \$15,001 a \$19,000
- De \$19,001 a \$22,000
- De \$22,001 a \$26,000
- De \$26,001 a \$29,000
- De \$29,001 a \$37,000
- De \$37,001 a \$44,000
- De \$44,001 a \$52,000
- De \$52,001 a \$56,000
- De \$56,001 a \$67,000
- De \$67,001 a \$79,000
- \$79,001 ó más

77. Durante los *12 meses antes* del nacimiento de su nuevo bebé, ¿cuántas personas, incluida usted, dependían de este dinero?

Personas

78. ¿Cuál es la fecha de hoy?

/ / 20
Mes Día Año

Por favor, use este espacio para escribir cualquier comentario que desee hacer acerca de sus experiencias antes, durante o después de su embarazo o acerca de la salud de las madres y los bebés de Iowa.

¡Muchas gracias por responder a nuestras preguntas!

Sus respuestas nos ayudarán en nuestros esfuerzos para mantener sanos a las mamás y los bebés de Iowa.